Deutscher Bundestag **Drucksache 18/13582**

18. Wahlperiode 15.09.2017

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/13453 –

Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze der Bundesregierung

Vorbemerkung der Fragesteller

Die die Bundesregierung tragenden Fraktionen der CDU/CSU und SPD hatten bereits in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, dass sie die ambulante Pflege stärken, die Leistungen flexibilisieren sowie eine neue Begutachtungssystematik und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen will. Damit sollten mehr Menschen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, ihre Versorgung sollte individueller und passgenauer werden und insbesondere die Versorgung Demenzkranker sollte sich verbessern. Zudem sollten die Schnittstellen zwischen dem Fünften (SGB V) und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege geprüft und die Finanzierungsverantwortung dort verortet werden, wo der Nutzen entsteht. Personalmindeststandards im Pflegebereich sollten eingeführt, die Pflegeberufe aufgewertet werden. Die Pflege-Transparenzvereinbarung sollte mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher deutlicher zu machen. Und schließlich sollten die Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden (www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.html).

Das Erste Pflegestärkungsgesetz ist am 1. Januar 2015, das Zweite am 1. Januar 2016 und das Dritte Pflegestärkungsgesetz sowie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff aus dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz sind am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Bereits im Vorfeld und erst recht seit die drei Pflegestärkungsgesetze in Kraft sind, wurde Kritik an den Folgen der Gesetze laut bzw. es wurde bemängelt, dass die mit den Pflegestärkungsgesetzen anvisierten Ziele nicht erreicht werden.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. September 2017 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat die Stärkung der Pflege zu ihrem besonderen Schwerpunkt gemacht. In einem neuen Pflegeberufegesetz werden die bisher im Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen zusammengeführt. Damit wird die Voraussetzung für eine moderne Pflegeausbildung geschaffen, die Pflegefachkräfte werden besser auf die veränderten Herausforderungen in der Berufspraxis vorbereitet und neue Berufs- und Aufstiegsmöglichkeiten werden eröffnet. Die drei Pflegestärkungsgesetze, die der Gesetzgeber in dieser Wahlperiode auf der Grundlage der von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwürfe beschlossen hat, stellen das größte Reformvorhaben in der Sozialen Pflegeversicherung seit deren Einführung im Jahr 1994 dar. Sie enthalten eine Vielzahl von Regelungen, die die Lage von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen verbessern, die Leistungen der Pflegeversicherung ausbauen, den Zugang zu diesen Leistungen grundlegend neu regeln, die Beratungsmöglichkeiten auf eine bessere Grundlage stellen und die Qualitätssicherung einer breit angelegten wissenschaftlich gestützten Neugestaltung unterziehen, um nur einige besonders wichtige Regelungsinhalte zu benennen.

Der Prozess der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wurde nach Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes bereits vor dem Wirksamwerden des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2016 in vielfacher Form eng begleitet. Gemäß § 18c Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bildete das BMG ein Begleitgremium (Beirat zur Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs), in dem Vertreter der Kostenträger, der Leistungserbringer, der Betroffenenorganisationen, der Pflegeberufe, der Länder und Kommunen und der Wissenschaft in unmittelbarem Austausch über offene Fragen, Problemlagen, Verfahren und gemeinsame Lösungswege standen. Zugleich hat das BMG in einer Vielzahl von regionalen Dialogveranstaltungen Fragen und Hinweise aus der Praxis der Pflegelandschaft aufgegriffen und in den Umsetzungsprozess eingespeist.

Die Einführung des neuen Begutachtungsinstruments erforderte auf der einen Seite eine große Anstrengung der unmittelbar mit der Aufgabe der Begutachtung beauftragten Medizinischen Dienste, sie stellte aber auch eine große Herausforderung für die Pflegekassen und vor allem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen dar, sei es mit Blick auf die notwendigen organisatorischen, etwa vertragsrechtlichen Regelungen oder auch hinsichtlich der damit verbundenen umfassenden Auseinandersetzung mit den fachlichen Inhalten und Zielen des neuen Begriffes. Aus Sicht der Bundesregierung haben die Beteiligten in der Vorbereitung, der Überleitung und der Umsetzung der neuen Regelungen eine herausragende Arbeit zum Wohl Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen geleistet.

Zudem beauftragt das BMG gemäß § 18c Absatz 2 SGB XI eine umfassende, begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Auftragserteilung erfolgt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), soweit Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme aus dem Zuständigkeitsbereich des BMAS untersucht werden.

Grundsätzlich soll die Evaluation Erkenntnisse bezüglich der Frage liefern, inwieweit die intendierten Wirkungen insbesondere des Zweiten und des Dritten Pflegestärkungsgesetzes eingetreten sind. Die Evaluation soll sich dabei sowohl auf die Prozesse der Vorbereitung und Umsetzung (Prozessevaluation) beziehen als auch die Ergebnisse der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in den Blick nehmen (Ergebnisevaluation) und dabei die unterschiedlichen Personengruppen bzw. Akteure, auf die Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) und Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) abzielen (Versicherte, Angehörige, Pflegefachkräfte, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) etc.), miteinbeziehen.

Die Evaluation soll außerdem dazu dienen, eventuelle Anpassungs- und Optimierungsmöglichkeiten während der Umsetzungsphase zu identifizieren. Außerdem sollen die finanziellen Wirkungen beider Gesetze auf andere Leistungsträger (insbesondere die für die Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe zuständigen Träger der Sozialhilfe) festgestellt werden.

Entlastungsbetrag

1. Wie viele Pflegebedürftige hatten vor Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes nach Kenntnis der Bundesregierung einen Anspruch auf den Betrag von 208 Euro für Betreuungs- und Entlastungsleistungen?

Ende 2016 hatten etwa 240 000 Personen Anspruch auf den erhöhten Betrag von bis zu 208 Euro. Die Inanspruchnahme lag im Jahresdurchschnitt 2016 bei rund 130 000 Personen. Auf die Antwort zu Frage 5 wird verwiesen.

2. In welcher Höhe wurden der sog. Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bisher, seit dem 1. Januar 2017, in Anspruch genommen (bitte nach Pflegegraden aufschlüsseln)?

In dem Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 30. Juni 2017 wurde der Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 in Höhe von 3,2 Mio. Euro und in den Pflegegraden 2 bis 5 in Höhe von 365 Mio. Euro in Anspruch genommen. Eine weitere Aufschlüsselung nach Pflegegraden liegt nicht vor.

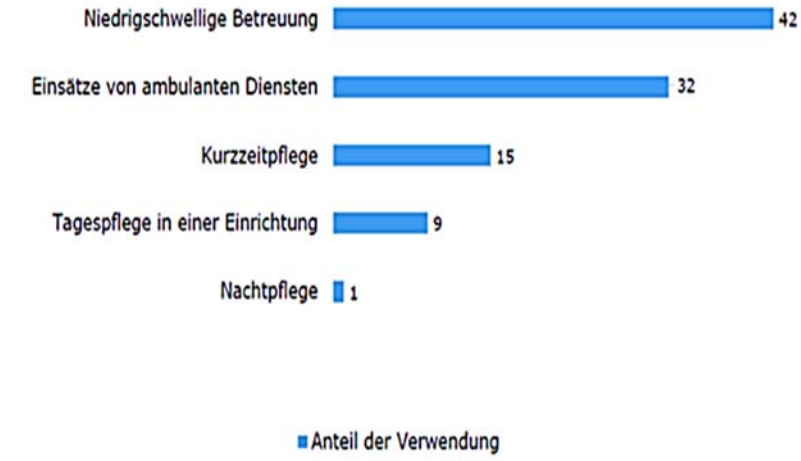
3. Wofür wurde der Entlastungsbetrag seit Beginn des Jahres verwendet (bitte prozentual aufschlüsseln nach Leistungen der Tages- und Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste und Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI)?

Über die Verwendung der Entlastungsbeträge seit Jahresbeginn liegen der Bundesregierung keine statistischen Angaben vor. Allerdings gibt es Hinweise auf die Verwendung 2016 aus der Evaluationsstudie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I), die im Folgenden dargestellt sind:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 3.35: Verwendung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den letzten 12 Monaten, 2016 (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

4. Haben inzwischen alle Landesregierungen Rechtsverordnungen über die Anerkennung und Vergütung der Angebote zur Unterstützung im Alltag, zu denen auch Angebote gehören, für die der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI verwendet werden kann, erlassen, und wenn nein, in welchen Ländern gibt es noch keine Verordnungen?

Nach Informationen der Bundesregierung haben mittlerweile nahezu alle Länder die Rechtsverordnungen zur Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (vormals bezeichnet als niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote) an die durch das Erste Pflegestärkungsgesetz eingeführten materiellen Änderungen angepasst (insbesondere: Ausweitung der Angebote auf die Zielgruppe auch der rein somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen; Einführung von Entlastungsangeboten im SGB XI. Noch nicht an die neue Rechtslage angepasst wurden die Landesverordnungen in den Ländern Niedersachen und Thüringen.

Ebenfalls noch nicht angepasst wurde die Landesverordnung im Land Hessen. In § 1 Absatz 2 der Verordnung zur Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (AVPflEG) des Landes Hessen wird hinsichtlich der Anerkennung von Angeboten allerdings insbesondere auf das Vorliegen der Voraussetzungen nach den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 45c SGB XI Bezug genommen und des Weiteren bestimmt: „Ändern sich die Empfehlungen nach § 45c Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach Anerkennung des niedrigschwelligen Betreuungsangebots, ist das Vorliegen der neuen Voraussetzungen innerhalb eines Jahres nach deren Veröffentlichung nachzuweisen.“ Diese Empfehlungen – seit dem 1. Januar 2017 in § 45c Absatz 7 SGB XI geregelt – sind inhaltlich zunächst sowohl an das Erste sowie nachfolgend auch an das Zweite und Dritte Pflegestärkungsgesetz angepasst worden. Aktuell gültig sind die „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

nach § 45c Absatz 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI sowie zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI vom 24. Juli 2002 in der Fassung vom 5. Dezember 2016“.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung Berichte (z. B. Deutschlandfunk, 12. Juli 2017, „Echte Teilhabe braucht mehr Zeit und Geld“), nach denen durch die Kürzung der Entlastungsleistungen von 208 auf 125 Euro für Demenzkranke für viele die Zuzahlung zu weitgehend ehrenamtlich oder auf Selbsthilfebasis organisierter Betreuung nicht mehr finanzierbar ist?

Die Bundesregierung teilt die Ansicht nicht, dass durch die Neufestlegung des Leistungsbetrags nach § 45b SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung für bisherige Bezieher des erhöhten Betrages nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung die Zuzahlung zu weitgehend ehrenamtlich oder auf Selbsthilfebasis organisierter Betreuung nicht mehr finanzierbar sei.

Die Festlegung des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung auf einen für alle Pflegebedürftigen einheitlich hohen Leistungsbetrag von bis zu 125 Euro im Monat hat seinen Grund darin, dass mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments in der Pflegeversicherung die Grundlage für die bisherige Unterscheidung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag entfallen ist; denn diese basierte auf den Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu Ausmaß und Schwere der vorliegenden Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne des § 45a SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung im Hinblick auf eine dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz. Das bedeutet jedoch nicht, dass Versicherte, die nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung Anspruch auf den erhöhten Betrag in Höhe von bis zu 208 Euro im Monat hatten, nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den bisher praktizierten Leistungsbezug nicht mehr fortsetzen können. Die Bundesregierung hat vielmehr auch für diesen Personenkreis geprüft, inwiefern hier ein Besitzstandsschutz sicherzustellen ist.

Hinsichtlich des Besitzstandsschutzes für bisherige Bezieher des erhöhten Betrages ist dabei in die Betrachtung mit einzubeziehen, dass Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Rahmen der Überleitung in die neuen Pflegegrade zum 1. Januar 2017 gegenüber Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bereits durch einen sogenannten „doppelten Stufensprung“ deutlich besser gestellt wurden als bisher. Das bedeutet: Diese Pflegebedürftigen wurden zum 1. Januar 2017 z. B. von Pflegestufe II nicht in den Pflegegrad 3, sondern sogleich in den Pflegegrad 4 übergeleitet. Dadurch erhalten sie in aller Regel nun deutlich höhere Leistungen als bisher.

Im Rahmen der Besitzstandsschutzprüfung, die für Versicherte durchgeführt wird, die bisher Anspruch auf den erhöhten Betrag hatten, wird daher gemäß § 141 Absatz 2 SGB XI jeweils geprüft, ob unter Berücksichtigung dieses „doppelten Stufensprungs“ am 1. Januar 2017

– der gesetzliche Anspruch auf Pflegegeld um mindestens 83 Euro höher ist als am 31. Dezember 2016,

– der Höchstleistungsanspruch auf ambulante Pflegesachleistungen um mindestens 83 Euro höher ist als am 31. Dezember 2016

und

– der Höchstleistungsanspruch auf teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege um mindestens 83 Euro höher ist als am 31. Dezember 2016.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Ist das nicht der Fall, besteht Anspruch auf einen monatlichen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 83 Euro, der den verfügbaren Leistungsbetrag auf diese Weise wieder auf bis zu 208 Euro monatlich erhöht.

In den Fällen, in denen die genannten monatlichen Leistungsansprüche um mindestens 83 Euro höher sind, können dagegen nun die erhöhten neuen Leistungsbeträge respektive die sich aus einer Kombination dieser Leistungen ergebenden Beträge eingesetzt werden, um den bisher nach § 45b SGB XI erfolgten Leistungsbezug zu finanzieren.

Da das Pflegegeld dazu dient, dass der Pflegebedürftige die Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt, ist insbesondere das seit der Überleitung in die neuen Pflegegrade zum 1. Januar 2017 höhere Pflegegeld bzw. anteilige Pflegegeld geeignet, den bisher nach § 45b SGB XI finanzierten Leistungsbezug nun unter Rückgriff auf andere Leistungsarten fortzuführen. Die Pflegebedürftigen können das Pflegegeld dabei nach eigener Entscheidung so einsetzen, wie es in ihrer individuellen Pflegesituation am besten ihren Bedürfnissen entspricht. Außer dem Einsatz des Pflegegeldes bzw. anteiligen Pflegegeldes bietet das neue Recht aber auch noch eine Reihe weiterer Möglichkeiten, den bisher über § 45b SGB XI finanzierten Leistungsbezug jetzt unter Nutzung anderer regulärer Leistungsansprüche fortzusetzen (beispielsweise Bezug von Betreuungsleistungen ambulanter Pflegedienste jetzt als ambulante Sachleistung oder Nutzung des Umwandlungsanspruchs im Sinne des § 45a Absatz 4 SGB XI hinsichtlich Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag, insbesondere auch hinsichtlich Leistungen von entsprechend anerkannten Angeboten der Tagesbetreuung).

In den Besitzstandsschutzregelungen ist ebenfalls berücksichtigt worden, dass der Leistungsbetrag nach § 45b SGB XI gemäß § 13 Absatz 3a SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung keine Berücksichtigung bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 SGB XI fand. Seit dem 1. Januar 2017 ist diesbezüglich hinsichtlich des Entlastungsbetrags § 45b Absatz 3 SGB XI in der seit dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einschlägig sowie hinsichtlich des Besitzstandsschutzes die Regelungen in § 141 Absatz 2 Satz 4 und 5 SGB XI.

Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege

6. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das Angebot an Tages- und Nachtpflegeplätzen seit dem 1. Januar 2015 entwickelt, nachdem die Beträge für die Tages- und Nachtpflege nicht mehr auf die ambulanten Pflegesachleistungen oder das Pflegegeld angerechnet werden?

Von 2013 bis 2015 ist die Zahl der Plätze für Tages- und Nachtpflege um insgesamt 17,4 Prozent angestiegen. Für die Entwicklung ab 2015 liegen der Bundesregierung bis zum Vorliegen der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Pflegestatistik 2017 keine Informationen vor.

7. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen seit dem 1. Januar 2015 entwickelt, nachdem der Anspruch auf Kurzzeitpflege flexibler ausgestaltet wurde und nun auch der für die Verhinderungspflege zustehende Betrag für Kurzzeitpflege ausgegeben werden darf?

Nach den derzeit verfügbaren Zahlen der vom Statistischen Bundesamt für die Jahre 2013 bis 2015 veröffentlichten Pflegestatistik ist die Zahl der Plätze, die flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können, um 11,8 Prozent gestiegen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

bei gleichzeitiger Reduzierung der ausschließlich für die Kurzzeitpflege nutzbaren Plätze um 2,1 Prozent.

8. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Möglichkeit, dass Träger von Pflegeeinrichtungen seit diesem Jahr Gesamtversorgungsverträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen abschließen können, die auch eingestreute Pflegeplätze umfassen, auf die Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegeplätze insgesamt ausgewirkt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Es wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung

9. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung einen aktuellen Zeitplan für die Entwicklung und Umsetzung der Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in der stationären und in der ambulanten Pflege, nachdem die Vorgaben in § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB XI, bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln sowie die Vorgaben in § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB XI, bis Ende Juni 2017 die Prüfinstrumente für die Bewertung der ambulanten Dienste vorzulegen, nicht eingehalten werden konnten (FAZ vom 20. Juli 2017, „Neuer Zoff um den ‚Pflege-TÜV'"), und wenn ja, wie sieht dieser Zeitplan aus?

Die Einführung neuer Qualitätssysteme in der stationären und in der ambulanten Pflege folgt gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 3 SGB XI inhaltlich und zeitlich der wissenschaftlichen Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Messung und Darstellung der Qualität. Die Fertigstellung der hierzu laufenden wissenschaftlichen Arbeiten ist zwischen den Vertragsparteien als Auftraggeber und den jeweiligen Auftragnehmern vertraglich festgelegt. Die Arbeiten an der Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -berichterstattung werden demnach für die stationäre Pflege am 20. Juli 2018 und für die ambulante Pflege am 6. Juni 2018 abgeschlossen sein. Im ambulanten Bereich schließt sich daran eine Pilotierungsphase an; dieser Auftrag wurde noch nicht vergeben.

Nach Vorliegen der Ergebnisse der wissenschaftlichen Entwicklungs- und Erprobungsarbeiten ist es Aufgabe der Vertragsparteien bzw. des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, diese umzusetzen und die notwendigen Voraussetzungen zur Einführung der neuen Qualitätssysteme zu schaffen. Dies erfolgt in Vereinbarungen (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI; Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI) bzw. in Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 114a Absatz 7 SGB XI.

Die Vertragsparteien haben sich in ihrem gemäß § 113b Absatz 8 SGB XI vorgelegten Zeitplan dazu verpflichtet, die Arbeit an den Vereinbarungen und Richtlinien so früh wie möglich zu beginnen und diese nach Möglichkeit parallel zu bearbeiten, um so Zeitgewinne zu realisieren. Das Bundesministerium für Gesundheit steht in engem Kontakt mit den Vertragsparteien und setzt sich für eine schnellstmögliche Einführung der neuen Qualitätssysteme ein.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Personalbemessungsverfahren

10. Wer hat den Auftrag zur Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben (§ 113c SGB XI) erhalten, und wann erfolgt die Bekanntgabe zur Auswahl des Projektnehmers, nachdem der damalige Bevollmächtigte der Bundesregierung für Patientenrechte und Pflege in einem Interview mit der „ÄrzteZeitung“ bereits am 27. Januar 2017 gesagt hat, „[d]ie wissenschaftlichen Gutachten, die wir dafür [ein geeignetes Instrument zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs zu entwickeln] brauchen, [seien] vergeben“, und da lt. Ausschreibung bereits am 1. März 2017 der Projektstart erfolgen sollte?

Der Auftrag zur „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ wurde im März 2017 (Zuschlagerteilung) an die Universität Bremen, Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik vergeben. Nach Auskunft der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege wurde im Juni 2017 mit den Arbeiten begonnen.

11. Aus welchem Grund hat die Bundesregierung im Gesetzentwurf zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (Bundestagsdrucksache 18/5926) zwar die Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstrumentes verfügt, nicht aber dessen Umsetzung bzw. verbindliche Einführung?

Bislang gibt es in den Rahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 75 SGB XI in den Ländern keine vereinbarten Verfahren, um den Personalbedarf in den Pflegeeinrichtungen qualitativ und quantitativ bestimmen zu können. Um die Überleitungsarbeiten in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf den 1. Januar 2017 in der stationären Versorgung hin nicht zu gefährden, wurde davon unabhängig im Gesetzentwurf zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz ein bis zum Juni 2020 zu erledigender Auftrag zur Schaffung einer solchen Grundlage an die Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene gegeben. So kann mit der dafür notwendigen Zeit auf wissenschaftlicher Basis ein Personalbemessungsverfahren erarbeitet und sorgfältig erprobt werden, ohne dass in den Ländern und in den Pflegeeinrichtungen Verbesserungen bei den Vorgaben zur Personalausstattung verhindert werden, die bereits jetzt erforderlich und vertraglich zu vereinbaren sind. Der Gesetzgeber ist dem Entwurf der Bundesregierung in den parlamentarischen Beratungen weitgehend gefolgt und hat dabei zudem festgehalten, dass die Selbstverwaltung auf Bundesebene das Ergebnis aus dem gesetzlichen Auftrag in den weiteren verbindlichen Vorgaben für die pflegerische Versorgung zu berücksichtigen hat.

Finanzierung

12. Wie lange rechnet das Bundesministerium für Gesundheit damit, dass nach der Beitragserhöhung in der Pflegeversicherung im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze um insgesamt 0,5 Prozentpunkte die Reserven in der Pflegeversicherung zur Deckung der Kosten ausreichen, bis die nächste Beitragserhöhung fällig ist?

Nach derzeitigem Kenntnisstand kann der Beitragssatz bis in das Jahr 2022 hinein stabil gehalten werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Neues Begutachtungsverfahren

13. Wie viele Begutachtungsverfahren gab es nach Kenntnis der Bundesregierung im ersten Halbjahr 2016, wie viele Begutachtete wurden abgelehnt, und wie viele wurden jeweils in die Pflegestufen 0, 1, 2 und 3 eingestuft?

14. Wie viele Begutachtungsverfahren nach dem neuen Begutachtungsassessment gab es nach Kenntnis der Bundesregierung im ersten Halbjahr 2017, wie viele der Begutachteten wurden abgelehnt, und wie viele wurden jeweils in die Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5 eingestuft?

Um einen Vergleich der Entwicklung der Begutachtungen nach dem bisherigen System mit dem neuen Begutachtungsinstrument zu erleichtern, werden die Fragen 13 und 14 gemeinsam beantwortet.

Nach Angaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wurden im ersten Halbjahr 2016 insgesamt 843 000 Begutachtungen durchgeführt, davon wurde in 160 115 Fällen (Anteil: 19,0 Prozent) keine Pflegestufe festgestellt. Im ersten Halbjahr 2017 wurden mehr als 900 000 Begutachtungen durchgeführt, davon wurde in 92 328 Fällen (Anteil 14,3 Prozent) kein Pflegegrad festgestellt. Insbesondere zu Beginn des Jahres 2017 waren für Anträge, die bis Jahresende 2016 gestellt worden waren, noch Begutachtungen nach dem bisherigen System durchzuführen. Nach dem neuen Begutachtungsinstrument wurden im ersten Halbjahr 2017 insgesamt 646 163 Begutachtungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Begutachtungen im ersten Halbjahr 2016 und die Einstufung in die Pflegegrade im ersten Halbjahr 2017 sind den folgenden Tabellen zu entnehmen.

	Keine Pflegestufe	Pflegestufe 0	Pflegestufe1	Pflegestufe 2	Pflegestufe3	Gesamt
Anzahl	160.115	53.036	325.151	211.678	93.208	843.188
Anteil	19,0%	6,3%	38,6%	25,1%	11,1%	100,0%

Quelle: MDS

	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
Anzahl	92.328	119.743	188.347	135.419	76.603	33.723	646.163
Anteil	14,3%	18,5%	29,1%	21,0%	11,9%	5,2%	100,0%

Quelle: MDS

15. Wie viele Erstbegutachtungen nach dem neuen Begutachtungsassessment gab es nach Kenntnis der Bundesregierung im ersten Halbjahr 2017, wie viele der Erstbegutachteten wurden abgelehnt, und wie viele wurden jeweils in die Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5 eingestuft?

Bei der Einstufung bei Erstbegutachtungen zeigt sich, dass im ersten Halbjahr 2017 nur 19,7 Prozent der Erstantragsteller (bei Begutachtungen nach dem neuen Instrument) abgelehnt wurden, im Vergleich dazu waren es im ersten Halbjahr 2016 noch 29,7 Prozent aller Erstantragsteller, die keine Pflegestufe und damit keine Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Insgesamt ist also festzustellen, dass die Zahl der Anträge gestiegen ist, die Zahl und die Quote der Ablehnungen aber gesunken sind. Mehr Menschen als im Vorjahr erhalten damit aufgrund der mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführten Regelungen erstmals Leistungen der Pflegeversicherung. Die Daten im Einzelnen sind den nachstehenden Tabellenübersichten zu entnehmen:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Erstbegutachtungen mit dem neuen Begutachtungsinstrument im 1. Halbjahr 2017

	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
Anzahl	86.900	111.167	151.642	64.791	20.781	6.685	441.966
Anteil	19,7%	25,2%	34,3%	14,7%	4,7%	1,5%	100,0%

Quelle: MDS

Erstbegutachtungen im 1. Halbjahr 2016

	Keine Pflegestufe	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Gesamt
Anzahl	131.830	40.772	204.735	52.988	13.912	444.276
Anteil	29,7%	9,2%	46,1%	11,9%	3,1%	100,0%

Quelle: MDS

16. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Bescheid über einen Pflegegrad oder eine Ablehnung im ersten Halbjahr 2017 gegenüber dem ersten Halbjahr 2016 entwickelt?

Zu den durchschnittlichen Wartezeiten vom Antragseingang bei der Pflegekasse bis zum Versand des Bescheides an den Versicherten liegen der Bundesregierung derzeit keine Erkenntnisse vor. Nach Informationen des MDS betrug die durchschnittliche Erledigungsdauer zwischen Auftragseingang beim MDK und dem Versand des Gutachtens an den Auftraggeber (Pflegekasse) im ersten Halbjahr 2017 27,2 Arbeitstage. Im ersten Halbjahr 2016 betrug die durchschnittliche Erledigungsdauer 16,2 Arbeitstage. In den ersten sechs Monaten dieses Jahres gingen bei den Medizinischen Diensten rd. 221 000 Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf ein. Die hierfür geltenden Fristen wurden in 96,2 Prozent der Fälle eingehalten.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

17. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Pflegeschlüssel in den stationären Einrichtungen von 2016 zu 2017 mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

18. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Personalzahlen der in der Altenpflege Beschäftigten von 2016 zu 2017 mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert (bitte nach examinierten Fachkräften, Pflegehilfskräften und Betreuungskräften sowie nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Fragen 17 und 18 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 mussten die Träger der nach dem SGB XI zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen, die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen die jeweiligen Pflegesatzvereinbarungen auf die fünf Pflegegrade hin neu ausrichten. Dabei hatten sie insbesondere die damit verbundene Personalstruktur und die Personalschlüssel in den Einrichtungen zu prüfen. Nach vorliegenden Informationen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

des GKV-Spitzenverbandes wurden in den Ländern im Rahmen der vertrags- und vergütungsrechtlichen Umsetzung dieser Aufgabe oftmals bessere Personalschlüssel vereinbart.

Bis Ende April 2017 konnten in sieben Ländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein) landesweite Personalrichtwerte bzw. -korridore vereinbart werden. Teilweise wurden diese im Rahmen von Ergänzungsvereinbarungen zum Rahmenvertrag definiert (Berlin, Brandenburg). Vor der Überführung der Ergänzungsvereinbarungen in den Rahmenvertrag sind teilweise Evaluationen vorgesehen (z. B. Nordrhein-Westfalen). In Baden-Württemberg (hier durch Schiedsspruch festgelegt, dagegen Klage anhängig) sind die Personalvorgaben bereits unmittelbar im Rahmenvertrag verankert.

In 9 weiteren Ländern (Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) wurden die Personalschlüssel zunächst einrichtungsindividuell übergeleitet. Auch hierbei konnten verschiedentlich Verbesserungen in der Personalausstattung erzielt werden. Durch die Rahmenvertragspartner in den Ländern ist vorgesehen, aus diesen individuellen Vereinbarungen in einem weiteren Schritt wieder landesweite Vorgaben zu entwickeln. Dies erfolgt teilweise in Verbindung mit ergänzenden Datenerhebungen (z. B. Rheinland-Pfalz, Saarland).

Auf Grundlage der bis Ende 2016 bereits vorliegenden Vereinbarungen konnten laut GKV-Spitzenverband schätzungsweise durchschnittlich zwei zusätzliche Vollzeitstellen je stationärer Pflegeeinrichtung ermöglicht werden. Über das tatsächlich zusätzlich beschäftigte Personal können nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes bundesweit noch keine Aussagen getroffen werden, da den Pflegekassenverbänden derzeit keine belastbaren Daten zu dieser Fragestellung vorliegen. Der Nachweis über die jeweilige tatsächliche Stellenbesetzung ist durch die Leistungserbringer in der Regel im Zuge der jeweiligen Folgeverhandlung der Pflegesätze zu erbringen.

Die Pflegestärkungsgesetze haben es zudem ermöglicht, dass in der stationären Pflege mittlerweile mehr als 49 000 Frauen und Männer als zusätzliche Betreuungskräfte für Verbesserungen im Pflegealltag sorgen. Noch 2013 waren es nur rund 28 000 zusätzliche Betreuungskräfte.

19. Welche Maßnahmen werden nach Kenntnis der Bundesregierung in ambulanten und stationären Einrichtungen ergriffen, um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Ebene der Pflege umzusetzen, etwa durch Schulungen des Pflegepersonals oder mehr aktivierende Angebote für die Pflegebedürftigen?

In § 18c Absatz 2 SGB XI ist geregelt, dass das BMG eine begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Verfahrensumstellung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere auch Erfahrungen und Auswirkungen zu den Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, in den pflegefachlichen Konzeptionen und der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege zu untersuchen.

In diesem Zusammenhang hatte das BMG bereits für den Zeitraum Oktober 2016 bis Mai 2017 eine begleitende regelmäßige Informationserhebung in Auftrag gegeben. Nach einer in diesem Projekt durchgeführten Onlinebefragung verschiedener Pflegeeinrichtungen im vierten Quartal 2016 (125 Einrichtungen) sowie im

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

ersten Quartal 2017 (150 Einrichtungen) standen dort zunächst organisatorische und personelle Maßnahmen im Vordergrund. Insbesondere haben die Einrichtungen ihr Personal entsprechend geschult bzw. schulen lassen und informiert. U. a. aufgrund noch nicht vollzogener Anpassungen der Landesrahmenverträge wurden eigene konzeptionelle Maßnahmen zurückgestellt. Im Vergleich zum ersten Befragungszeitpunkt hatte im ersten Quartal 2017 die Weiterentwicklung bzw. Anpassung der Pflegekonzepte leicht zugenommen, jedoch wurde in lediglich jeder vierten Einrichtung eine strategische Neuausrichtung überprüft bzw. angestrebt.

Um den Prozess erforderlicher fachlich-konzeptioneller Veränderungen in der Pflegepraxis zu befördern und den Pflegeeinrichtungen eine fachlich gesicherte Grundlage für die notwendigen Veränderungsprozesse zur Verfügung zu stellen, hat das BMG unter anderem folgende Maßnahmen durchgeführt bzw. in Vorbereitung:

- Durchführung einer Fachtagung „Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Wegweiser für eine gute pflegerische Versorgung“ am 31. August 2016
- Durchführung eines Workshops „Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit: Veränderte Praxis der Leistungserbringung“ am 17. Mai 2017
- Beauftragung einer fachwissenschaftlichen Expertise zu „Fachlich-konzeptionellen Veränderungen bei den pflegerischen Hilfen in der vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflege unter Bezug auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit“ im April 2017
- Ausschreibung einer wissenschaftlichen und praxisbezogenen „Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ im Juli 2017. Im Rahmen dieser Studie geht es um die Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit und um die Erhebung der Maßnahmen und Ergebnisse bezüglich der Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege.

Die genannten Maßnahmen wurden und werden im Rahmen des nach gesetzlichem Auftrag (§ 18 Absatz 1 SGB XI) gebildeten Begleitgremiums, das als Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konstituiert wurde, durchgeführt bzw. von diesem begleitet.

20. Wie viele Menschen in Pflegegrad 1 leben nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell in stationären Einrichtungen, die ihren Eigenanteil an der Pflege sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung nicht selbst finanzieren können?

Hierzu liegen der Bundesregierung noch keine Informationen vor.

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil

21. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung der durchschnittliche Eigenanteil für Bewohner in vollstationären Einrichtungen im Jahr 2016 jeweils mit und ohne Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten (bitte nach Pflegestufen und Bundesländern aufschlüsseln)?

Für die durchschnittlichen Eigenanteile 2016 liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

22. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der derzeitige durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil für Bewohner in vollstationären Einrichtungen jeweils mit und ohne Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil am Pflegesatz im Bundesdurchschnitt und nach Ländern differenziert lässt sich der folgenden Tabelle entnehmen.

Tabelle 2: Pflegesätze vollstationäre Pflege und EEE (in €)*

Bundesland	Pflegesatz nach Pflegegrad pro Tag (vollstationär) 1	2	3	4	5	EEE * pro Monat
Baden-Württemberg	39,65	50,53	66,70	83,57	91,13	768,07
Bayern	36,40	49,20	65,38	82,24	89,80	725,09
Berlin	41,22	53,46	69,64	86,50	94,06	856,37
Brandenburg	32,21	41,04	57,22	74,08	81,64	479,33
Bremen	32,20	40,88	57,06	73,92	81,48	473,52
Hamburg	25,54	45,05	61,23	78,09	85,65	600,41
Hessen	35,10	44,67	60,85	77,71	85,27	586,73
Mecklenburg-Vorpommern	27,46	34,90	51,07	67,93	75,49	295,31
Niedersachsen	28,46	36,58	52,82	69,69	77,25	346,26
Nordrhein-Westfalen	39,99	50,25	66,43	83,29	90,84	758,63
Rheinland-Pfalz	37,16	47,12	63,29	80,16	87,72	663,37
Saarland	43,03	53,89	70,06	86,93	94,49	869,34
Sachsen	27,95	35,45	51,63	68,49	76,05	312,83
Sachsen-Anhalt	27,60	35,11	51,28	68,15	75,71	303,43
Schleswig-Holstein	26,83	34,59	50,83	67,69	75,25	289,24
Thüringen	25,40	32,19	48,37	65,23	72,79	225,26
Bundesweit	34,47	44,35	60,54	77,40	84,96	580,80

** EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil*

Quelle: Prognos AG 2017, Datenlieferung des GKV-Spitzenverbands (Stand: 11.01.2017)

Private Pflegeversicherung, private Pflegezusatzversicherung

23. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Prämien zur obligatorischen Pflegeversicherung in der privaten Pflegeversicherung im Vergleich zur gesetzlichen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 durchschnittlich entwickelt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine eigenen Erkenntnisse vor.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. weist in der zu der Frage eingeholten Stellungnahme darauf hin, dass die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) aufgrund des Gleichwertigkeitsgebots (§ 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI) zum 1. Januar 2017 auf den geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriff umgestellt werden musste. Auch die übrigen leistungsrechtlichen Regelungen des geänderten SGB XI, z. B. zum Bestandsschutz, seien von der PPV zu übernehmen gewesen. Die Beiträge für den Altbestand seien im Zuge dessen auf der Grundlage des § 143 SGB XI um durchschnittlich 25 Prozent angehoben worden. Seit dem 1. Januar 2017 habe es keine weiteren Beitragsanpassungen in der PPV gegeben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

24. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Prämien zur privaten Pflegezusatzversicherung seit dem 1. Januar 2017 durchschnittlich entwickelt?

25. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Prämien zur geförderten privaten Pflegezusatzversicherung (sog. Pflege-Bahr) seit dem 1. Januar 2017 durchschnittlich entwickelt?

Die Fragen 24 und 25 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen zu diesen Fragen keine eigenen Erkenntnisse vor.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. weist in den zu den Fragen 24 und 25 eingeholten Stellungnahmen darauf hin, dass auch die privaten Pflegezusatzversicherungen, soweit sie den Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI zugrunde legten, zum 1. Januar 2017 an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst worden seien. Rechtsgrundlage sei auch hier § 143 SGB XI. Die Höhe der Beitragsanpassung habe bei durchschnittlich 10 Prozent gelegen. Seit dem 1. Januar 2017 habe es auch hier keine weiteren Beitragsanpassungen gegeben.

Tarifliche Bezahlung

26. Hat die Regelung, dass tarifvertragliche Gehälter bei Pflegesatzverhandlungen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen, nach Kenntnis der Bundesregierung dazu geführt, dass ab 1. Januar 2015 die Gehälter der Pflegekräfte in privaten Einrichtungen und Diensten gestiegen sind, und wenn ja, in welchem Umfang?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bezahlung tarifvertraglich oder in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarter Vergütungen bzw. vereinbarter Vergütungen bis zur Höhe von Tariflöhnen darf in Pflegesatz- bzw. Pflegvergütungsverhandlungen von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Damit verbunden haben die Kostenträger auf der anderen Seite das Recht erhalten, sich nachweisen zu lassen und zu prüfen, ob das Geld auch tatsächlich bei den Pflegekräften ankommt.

Angaben zu den Gehältern der Pflegekräfte liegen dem GKV-Spitzenverband nicht vor, da die Verbände der Pflegekassen keine Statistiken über die im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen thematisierten Vergütungen der Pflegekräfte führen. Grundsätzlich wird von ihm bestätigt, dass sich die Vereinbarungspartner der Pflegevergütungen auf Landesebene am geltenden Recht orientieren. Dementsprechend werden die geltend gemachten Gestehungskosten des jeweiligen Leistungserbringers im Rahmen der prospektiven Verhandlungen berücksichtigt.

Schnittstellen – medizinische Behandlungspflege

27. Warum wird die medizinische Behandlungspflege für Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen nicht, genauso wie bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, durch die Krankenkassen finanziert?

Nach der Entscheidung des Gesetzgebers sind mit den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Pflegeheimen auch die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege abgegolten. Eine Ausnahme gilt für Versicherte in Pflegeheimen, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege haben. Für diese Versicherten übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Behandlungspflege (§ 37 Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Hiermit soll ver-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

mieden werden, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen mit sehr hohen Eigenanteilen belastet werden, die häufig die Finanzkraft der Betroffenen überfordern würden.

Die Behandlungspflege in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistung der häuslichen Krankenpflege ist ein Bestandteil der ambulanten Krankenbehandlung und dient insbesondere der Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333